

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THESE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 juillet 1901 à 1 heure

PAR

FERNAND CHIMOT

DE L'ARTHRITISME

DES

PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES

Président : M. HAYEM

Juges : MM. { GRANCHER, LAUNOIS
MÉRY

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 juillet 1901 à 1 heure

PAR

FERNAND CHIMOT

DE L'ARTHRITISME

DES

PREMIÈRES VOIES RESPIRATOIRES

Président : M. HAYEM

Juges : MM. { GRANCHER, LAUNOIS
MÉRY

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux.	HAYEM.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	JOFFROY.
Clinique ophtalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
Clinique gynécologique.	DUPLAY.
Clinique chirurg. infantile.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	TERRIER.
	GUYON.
	PANAS.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. FAURE.	MM. LEPAGE	MM. THIERY
ALBARRAN	GAUCHER	MARFAN	THIROLOIX
ANDRÉ	GILLE DE LA TOURETTE	MAUCLAIRE	THOINOT
BONNAIRE	HARTMANN	MENETRIER	VAQUEZ
BROCA AUG.	HEIM	MÉRY	VARNIER.
BROCA AND.	LANGLOIS	REMY	WALLICH
CHARRIN.	LAUNOIS	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LEGUEU	SEBILEAU	WIDAL
DELBET.	LEJARS	TEISSIER	WURTZ
DESGREZ.			
DUPRÉ.			

Chefs des Travaux anatomiques M. RIEFFEL
Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance
et d'amour filial

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR HAYEM

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur



AVANT. PROPOS

Parmi les thèses parues jusqu'à ce jour, nous ne trouvons guère que celle de Chemin (Toulouse 1896), ayant trait à l'arthritisme de la cavité buccale, c'est dire que le sujet que nous allons traiter n'a guère séduit beaucoup de nos prédécesseurs, et cependant ce n'est pas faute d'être intéressant, car peu de sujets le sont autant que l'étude des diathèses, et peu de questions ont donné lieu à autant de discussions et de controverses.

Nous nous proposons dans l'étude de l'*arthritisme des premières voies respiratoires*, après en avoir fait un historique sommaire, et passé rapidement en revue les principales théories de l'arthritisme, nous nous proposons de réunir et d'étudier les différentes maladies des premières voies dans lesquelles l'arthritisme peut jouer un rôle.

Il est bien évident que, dans le tableau des maladies nous étudions, cette diathèse n'est pas toujours la cause principale et unique ; quelquefois elle est la cause principale, d'autres fois elle n'entre dans l'étiologie que pour une proportion beaucoup moindre, dans certains cas même son influence n'est pas admise par tous les

auteurs, mais nous avons tenu néanmoins à mettre dans notre travail, même ces cas sujets à discussion.

Nous donnons de la maladie une description dans laquelle nous essayons de montrer les caractères essentiels qui font que cette affection diffère d'une autre semblable où l'influence diathésique ne se ferait pas sentir.

Nous donnons également dans les cas les plus importants, les principaux éléments de diagnostic.

Nous avons adjoint à notre travail un index bibliographique que nous nous sommes efforcé de faire le plus complet possible, pour satisfaire ceux qui seront désireux de se reporter aux sources et d'étudier la question.

En résumé, nous avons voulu réunir en ce travail les différents matériaux épars de côté et d'autre et montrer par cet ensemble qu'il faut compter avec cette notion que l'on connaît mieux de jour en jour : l'arthritisme.

Ici nous tenons à remercier M. le Dr Castex qui nous a fourni le sujet de cette thèse et qui ne nous a pas ménagé les bons conseils.

A notre excellent ami J. Guisez, interne à Necker, nous tenons affirmer notre vive amitié.

Nous adressons à Monsieur le professeur Hayem, nos respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

La littérature médicale n'abonde pas en documents sur le sujet que nous allons étudier.

Cette question de *l'arthritisme des premières voies respiratoires*, paraît être signalée pour la première fois par Barthez en 1819 à propos de l'angine rhumatismale ; et il ne semble pas qu'à l'époque cette notion ait fait grand progrès, car nous voyons trente ans après, Grisolle dans un traité de Pathologie Interne consacrer quelques lignes au « rhumatisme pharyngien dont « l'existence, dit-il, est *peut-être* moins problématique « que les autres rhumatismes viscéraux. »

Garrod mentionne à peine les premières voies respiratoires dans les manifestations viscérales de la goutte, et Bazin, qui connaissait si bien les affections des téguments, n'en parle pas.

Lasègue (Traité des angines, p. 285, 288 et 338) admit la réalité des angines gouteuses, mais il n'en donna pas les caractères objectifs.

Peter (in Dict. encyclopédique), et Desnos (in Dict. Jaccoud), réservent quelques lignes à l'angine gouteuse.

Guéneau de Mussy (Traité de l'angine glanduleuse et

clinique médicale) est le premier qui ait étudié les lésions de la gorge au point de vue objectif.

L'Ecole de Montpellier plus particulièrement attachée à l'étude des diathèses, ainsi que les médecins des stations thermales appelés à soigner les maladies chroniques ont maintenu ces premières notions.

Mais c'est surtout Isambert (de l'herpétisme et l'arthritisme de la gorge et des premières voies, in Conférences cliniques sur les maladies du larynx, chez Masson 1877) qui mit en relief l'influence de l'arthritisme et qui donna une étude assez détaillée des pharyngo-laryngites diathésiques. Il aurait voulu pousser plus à fond ses recherches, mais il ne put, dit-il, « que donner « des impressions personnelles recueillies dans des études d'après nature. »

Nous arrêtons ici cet historique général, nous réservant de le reprendre au début des principales questions, pour ce qui a trait à l'école moderne.

DES DIFFÉRENTES THÉORIES DE L'ARTHRITISME

Disons quelques mots des différentes théories de l'arthritisme.

Bouchard a défini l'arthritisme, un trouble de la nutrition qui se traduit par diverses manifestations morbides pouvant exister chez un même individu et se transmettre à ses descendants. Il en a fait un ralentissement de la nutrition, étant donné que dans les excréta, on trouve des produits de combustion incomplète tels que l'acide urique, tyrosine, xanthine, etc... Il réunit dans un même groupe, l'obésité, la goutte, la lithiase, le rhumatisme, le diabète etc... dont la « bradytrophie » serait le lieu commun.

Le professeur Renaut s'exprime ainsi au sujet des troubles de la nutrition chez les arthritiques (*Annales de Médecine* 23 septembre 1891): « Tout cela n'est pas du ralentissement de la nutrition, c'est de l'hyperactivité « dans les mutations organiques des éléments anatomiques a substance collagène. Ainsi le coefficient d'oxydation, l'urée sont-ils loin d'être abaissés chez de tels « malades. Ce sont aussi chez ceux-là, qu'on voit le

« diabète, par irritation du système nerveux et des au-
« tres tissus actifs au point de vue des échanges, car il
« n'y a guère de diabétique à coefficient d'oxydation di-
« minuée (A. Robin); ce sont là les azoturiques, les oxa-
« luriques, c'est-à-dire des organismes qui oxydent, qui
« transforment, qui remanient et renouvellent tout en
« eux comme si les besoins de mutations étaient exces-
« sifs en tous leurs organes et en tous leurs tissus et les
« exutoires des produits de ces mutations insuffisants.
« Or, précisément, les besoins devraient être ici dimi-
« nués, car de tels malades sont ou personnellement, ou
« ataviquement, ou même ethniquement (juifs), des indo-
« lents, des sédentaires, des organiquement oisifs, qui
n'agissent pas assez et qui ingèrent trop. »

Pour Lécorché également, c'est une suractivité du travail cellulaire.

Lancereaux sépare des manifestations arthritiques la goutte et le rhumatisme articulaire aigu et décrit ces manifestations sous le nom d'herpétisme.

« L'Herpétisme, dit-il, (Lancereaux, traité de l'herpé-
« tisme) pourrait être représenté par un arbre prenant
« ses racines dans le système nerveux, et d'où partirait
« toute une série de branches plus ou moins malfai-
« santes. Les premières branches, destinées à disparaître
« seraient représentées par les affections spasmodiques
« et névralgiques : le prurit, la migraine, ; par des trou-
« bles vaso-moteurs ; fluxions sanguines, épistaxis,
« hémorroïdes, hémoptysies, purpura, urticaire, her-
« pès, acné, eczéma, lichen, psoriasis ; troubles sécré-

« toires de l'estomac et des intestins. Viendraient ensuite
« d'autres branches plus durables qui seraient représen-
« tées par des troubles trophiques du cuir chevelu (cal-
« vitie) des ongles et de la peau ; puis d'autres plus éle-
« vées pour les désordres du même ordre portant sur les
« articulations (rhumatisme chronique), les aponévroses
« (rétraction de l'aponévrose palmaire) et les tendons
« (rétraction tendineuse), sur les veines (varices) et les
« artères (artério sclérose). Cette dernière branche don-
« nerait naissance à son tour à un certain nombre de ra-
« meaux, dystrophie cardiaque et asystolie, dystrophie
« rénale et urémie, dystrophie cérébrale (démence), hé-
« morrhagie et ramollissement du cerveau (apoplexie et
« hémiplegie). Enfin deux branches des plus importan-
« tes, effet d'un désordre de la nutrition générale, vien-
« draient quelquefois s'ajouter aux précédentes : uricé-
« mie avec ou sans tophus, et la glycosurie (goutte et
« diabète). »

De même que Lancereaux, sir Dyce Duckworth fait jouer un grand rôle au système nerveux dans la diathèse arthritique car, dit-il, « un grand nombre de symptômes
« goutteux et rhumatismaux font supposer l'existence
« d'un centre trophique spinal pour les articulations, il
« suffirait alors d'un état morbide de ce centre pour
« constituer une névrose qui peut être héréditaire
« acquise ou modifiée. » (Traité de la goutte).

« Non seulement, dit Guéneau de Mussy, l'arthritisme
« est héréditaire, mais ses formes et ses manifestations

« tendent aussi à se transmettre par hérédité et à faire « souche. »

Les causes de l'arthritisme sont les infractions à l'hygiène normale: la sédentarité, les professions libérales, les gros mangeurs, etc...

L'évolution de la diathèse arthritique est très lente et se fait sur plusieurs générations et M. Maurel a pu avec raison, comparer l'évolution de l'arthritisme à celle de la syphilis.

Nous pouvons avec Chemin (thèse Toulouse 1896) diviser l'arthritisme en trois périodes: d'abord une période de constitution (embonpoint, obésité) puis une période d'arthritisme pur (diabète, albuminurie, goutte, rhumatisme chronique) et enfin une période hérédo-arthritique (angio-sclérose et sclérose généralisée).

Terminons cette étude sommaire de l'arthritisme en disant qu'actuellement, c'est la théorie de Bouchard qui compte le plus grand nombre de partisans.

Nous allons passer en revue successivement les diverses manifestations, dont peut être cause la diathèse arthritique dans les premières voies respiratoires. Nous commencerons par les fosses nasales, puis le pharynx et enfin le larynx et la trachée. Nous avons placé en dernier lieu l'urticaire et l'hémoptysie, ces affections pouvant intéresser tout à la fois, pharynx, larynx et trachée.

FOSSES NASALES

Hyperhémie.

La muqueuse des fosses nasales chez les sujets de souche arthritique est prédisposée aux congestions. Ces poussées congestives peuvent être très fréquentes, voire même quotidiennes. Leur apparition se fait à propos d'une cause quelconque ; leur durée est variable, elles disparaissent tantôt spontanément, tantôt à la suite d'une manifestation localisée de la diathèse.

Le siège de l'hyperhémie varie, tantôt le tiers antérieur des fosses nasales est atteint, tantôt ce sont les deux tiers postérieurs ; elle peut également être bilatérale. Les symptômes se déduisent facilement. La congestion se manifeste par une diminution de la perméabilité nasale, qui, lorsqu'elle est presque complète, force le malade à respirer par la bouche.

Si cet état congestif se répète trop souvent, il survient des troubles du côté des muqueuses nasale et pharyngée.

Epistaxis.

Chez les personnes sujettes aux épistaxis, on rencontre l'arthritisme et Chomel cite cette opinion comme déjà formulée du temps d'Hippocrate à savoir que les individus qui ont l'habitude de saigner du nez dans leur enfance sont sujets plus que les autres au rhumatisme.

Bazin qui au milieu du xix^e siècle a beaucoup contribué à l'étude de l'arthritisme signale les épistaxis comme étant un prodrome dans l'évolution de cette diathèse.

Sorre (Thèse de Paris 1864) signale les épistaxis *constitutionnelles*.

Grisolle (Traité élémentaire de Pathologie interne), signale l'influence du tempérament *sanguin* dans l'épistaxis.

Les épistaxis, constituent pour Verneuil, presque toujours une manifestation de l'arthritisme. « Je l'ai souvent observé, dit-il, chez des sujets jeunes, issus de parents, et destinés à devenir arthritiques eux-mêmes ».

Enfin, sur onze épistaxis chez le vieillard, apportées par Tautil (Thèse de Paris, 1894), nous en trouvons cinq qui ont trait à des manifestement arthritiques.

Trousseau, signale les épistaxis survenant dans le cours du rhumatisme articulaire aigu ; elle se montrent généralement du dixième au vingtième jour de la maladie, rarement plus tôt. — Cet accident a été mentionné

entre autres par Tresfort (1875), dans sa thèse sous l'inspiration de Millard, où il cite onze cas d'épistaxis sur vingt-cinq de rhumatisme et par Gallois (Bull. méd., 1899, p. 35).

Nous connaissons également les épistaxis supplémentaires des hémorroïdes.

M. Lancereaux dans une communication récente à l'Académie de médecine (Bull. de l'Académie, 1900, n° 35) a particulièrement étudié l'épistaxis des arthritiques. Nous ne saurions mieux faire que de donner des extraits de cette communication qui, en même temps qu'une description de symptômes, et de la manière d'être de cette maladie, nous montreront ses théories à ce sujet. D'après M. Lancereaux, c'est dans le jeune âge que les épistaxis ont leur maximum de fréquence ; il cite le cas « d'un jeune homme de 27 ans qui a souffert de huit à dix-huit ans, à tel point, qu'on crut de voir lui pratiquer la transfusion ».

Puis, M. Lancereaux passe à la pathogénie de ces épistaxis.

« Les preuves de l'origine nerveuse de certaines épistaxis se tirent, non seulement des causes qui les déterminent, mais encore de leur évolution, de leurs répétitions successives, et enfin de l'absence de lésions appréciables à l'examen cadavérique ou rhinoscopique des fosses nasales ».

Ici, M. Lancereaux cite le cas rapporté par Gendrin (Tr. de méd. prat., 1838. t. I, p. 116), où il fut impossible de reconnaître aucune trace de rupture de capillaire. Il

cite encore deux cas sur cinq rapportés par le Dr Marcel Natier (la Parole, 1899) où « l'examen rhinologique le
« plus sérieux n'a permis de découvrir, au point où
« avait lieu l'écoulement sanguin, d'autres désordres
« que la présence sur la cloison des fosses nasales de
« varicosités qu'il était aisé de faire saigner, même par
« les attouchements les plus légers ».

Citons ce caractère de l'épistaxis arthritique que l'on rencontre dans l'un des cas rapportés par M. Natier, c'est que l'hémorrhagie ayant été arrêtée, elle reprit son cours par la narine droite, et alors cette nouvelle hémorrhagie ayant été également arrêtée, le malade fut pris de violentes céphalées avec vertiges et pertes de connaissance.

« Ces faits, dit Lancereaux, et beaucoup d'autres
« qu'il nous serait possible de citer, démontrent à notre
« avis, la subordination à un désordre du système ner-
« veux, d'un certain nombre d'épistaxis dites sponta-
« nées. La cessation de ces accidents et leur remplace-
« ment à un âge plus avancé par d'autres hémorrhagies,
« hémorroïdes, hématuries, etc.... sont d'ailleurs des
« circonstances favorables à cette manière de voir.

« Des prodromes manifestes, tels que céphalée, pesan-
« teur de tête, vertiges, obscurcissement de la vue,
« congestion faciale, précèdent en général les épistaxis
« névropathiques, tandis que ces phénomènes n'existent
« pas dans les hémorrhagies nasales, liées à un trau-
« matisme ou à une lésion matérielle. Le sang, qui s'é-
« chappe en général par gouttes, est peu coagulable,

« parfois très abondant, de telle sorte que la répétition
« de ces hémorrhagies peut finir par inquiéter sérieuse-
« ment les familles et le médecin...

« L'âge où surviennent ces hémorrhagies, les troubles
« qui les précèdent ou leur font cortège, leur répétition,
« l'état d'excitabilité nerveuse des individus affectés,
« sont autant d'éléments favorables au diagnostic des
« épistaxis névropathiques.

« Aussi est-il possible de les reconnaître dans un
« grand nombre de cas. Mais, d'ailleurs, l'examen rhi-
« noscopique vient encore éclairer ce diagnostic, puis-
« qu'il permet de savoir si la membrane des fosses na-
« sales présente ou non une solution de continuité, au
« niveau surtout de la cloison ethmoïdale. »

Asthme des foin

Encore appelé *Rhino-bronchite spasmodique*.

C'est Guéneau de Mussy qui, le premier en 1868 et 1872, en établit la théorie arthritique.

La théorie neuro-arthritique est la théorie de l'Ecole Française. Elle fut soutenue par Parrot, Desnos, Trousseau et surtout G. de Mussy à qui d'ailleurs en revient l'honneur.

Cette influence de la diathèse fut mise en première ligne par Boudet et Mollière (de Lyon) en 1884, et depuis par J. Teissier, le Prof. Renaut, Leflaive (thèse Paris, 1887), Lermoyez, Abbott Smith, Labadie-Lagrave.

Sajous, en 1893, attache la plus grande importance au terrain constitutionnel acquis ou héréditaire.

Joal, en 1895, fait intervenir l'arthritisme et la neurasthénie. Maurice Mignon (Archives de laryngologie 1899) dit qu'il est évident que l'arthritisme doit entrer en ligne de compte, puisque l'asthme des foin^s se rencontre presque toujours chez des neuro-arthritiques.

Garel, dans son important travail intitulé : *le Rhume des foin^s*, (Actualités médicales, Baillière 1899) signale également l'influence de la diathèse arthritique.

Ruault, de son côté, montre que c'est chez les gouteux ou les névropathes, que l'on observe le plus souvent le rhume des foin^s : « L'asthme, dit-il, (Traité de méd. Charcot et Bouchard) est une névrose complexe, apanage à peu près exclusif des neuro-arthritiques ou des névropathes héréditaires. N'est pas asthmatique qui veut etc... »

Enfin le Dr Mounier (de Paris) au XIII^e congrès de médecine de Paris 1900, a rapporté plusieurs observations ; dont son observation personnelle (voir obs. I.). « Nous ne donnons, dit-il, que onze observations de « coryzas spasmodiques guéris ou considérablement « améliorés parce que nous avons choisi celles où l'intervention sur les cornets avait été pour ainsi dire « nulle ; voulant ainsi montrer par des cas types, l'influence de l'état général dans cette affection.

Et le Dr Mounier nous montre dans son cas personnel que ce n'est qu'en s'attaquant directement à la diathèse

arthritique, qu'il a pu avoir raison d'une rhinite spasmodique que rien n'avait fait céder.

L'asthme des foins peut affecter deux formes : une forme catarrhale ou une forme asthmatique.

1° *Forme catarrhale.* — Le sujet ressent une démangeaison sur la pituitaire ou la conjonctive, la muqueuse du nez s'hyperhémie, et le malade est pris d'accès d'éternuements quelquefois très violents, auxquels fait suite une rhinorrhée séreuse abondante et du larmolement. Chez certains malades, l'accès s'accompagne d'une autre manifestation arthritique : l'urticaire. — La durée de l'accès varie de quelques heures à plusieurs jours, avec une intensité variable. Les sécrétions deviennent muqueuses, puis muco-purulentes.

2° *Forme asthmatique.* — Comme le nom l'indique, cette forme ressemble à l'asthme ordinaire, avec cette différence toutefois, que ce n'est point pendant la nuit que surviennent les accès, mais plutôt pendant le jour.

Lancereaux dit que ces spasmes des voies respiratoires surviennent chez les herpétiques, spontanément, à l'occasion d'une circonstance insignifiante (observations, in traité de l'herpétisme, Lancereaux, 1883).

D'ailleurs, l'arthritisme n'est qu'une cause prédisposante, il faut une cause adjuvante, et ce sont les grains de pollen et quelques autres poussières qui remplissent ce rôle.

Rhinites

Nous avons parlé plus haut de l'hyperhémie des fosses nasales ; dans cette affection, il n'y a pas de processus inflammatoire, et c'est ce en quoi elle diffère des rhinites encore appelées coryzas. Nous aurons à étudier successivement la rhinite aiguë, puis la rhinite chronique.

1^o *Rhinite aiguë*, c'est ce que l'on a appelé vulgairement rhume de cerveau. Nous ne nous appesantirons pas sur cette affection si connue, disons que le froid agit surtout comme cause occasionnelle, le patient éprouve très souvent des maux de tête, l'écoulement s'établit, et au bout de quelques jours il devient muqueux, puis muco-purulent.

2. *Rhinite chronique*.— Les poussées congestives, si fréquentes chez les arthritiques, après avoir déterminé des rhinites aiguës, finissent par aboutir aux rhinites chroniques.

Le malade se plaint de mal respirer, et son enchifrènement le force à dormir la bouche ouverte. Comme dans la rhinite aiguë, il peut y avoir de la rhinorrhée, puis un écoulement muco-purulent ; dans certains cas, l'inflammation se cantonne au pharynx nasal, déterminant un véritable coryza postérieur (Desnos) ; le malade, en ce cas, localise derrière le voile du palais la sensation de gêne qu'il ressent.

Une variété de rhinite chronique, très fréquente chez

les arthritiques, est la rhinite *hypertrophique*. L'hypertrophie ne porte guère que sur le cornet inférieur; la muqueuse est pâle et considérablement augmentée de volume dans sa partie antérieure, et dans quelques cas la partie postérieure des cornets, vue par la rhinoscopie postérieure, est également hypertrophiée.

L'odorat est toujours plus ou moins aboli.

Le diagnostic sera fait facilement avec un polype, si on se rappelle que ce dernier est mobile, contrairement aux cornets hypertrophiés.

Signalons avant d'aborder l'étude du pharynx, l'eczéma des fosses nasales.

PHARYNX

Hyperhémie.

Disons de cette hyperhémie qu'elle accompagne un certain nombre de formes de pharyngites chroniques et que c'est chez les gouteux, d'après Ruault, que ces hyperhémies sont surtout fréquentes.

Hémorrhagie.

C'est une manifestation de l'arthritisme à laquelle il faut penser pour n'en pas être alarmé.

Cet accident, sans être des plus fréquents, n'est pas rare. Il se produit, à la suite d'une poussée congestive ou à la suite d'efforts de toux, chez des sujets atteints de varicosités.

M. Castex, en deux ans, a rencontré six cas d'hémorrhagie du pharynx chez des sujets robustes et nullement entachés de tuberculose.

« Chez un homme de 55 ans, le pharynx seul était variqueux, mais déjà la goutte s'était montrée aux oreilles. » (Castex.) « Un autre de 35 ans avait des varicosités sur la paroi postérieure du pharynx et la face antérieure de l'épiglotte; l'endo-larynx et le rhino-

« pharynx étaient indemnes. Il accusait en même temps
« des épistaxis fréquentes explicables par des dilata-
« tions variqueuses sur la partie antéro-inférieure du
« septum nasal et sur l'extrémité antérieure du cornet
« inférieur droit. Il crachait du sang, surtout quand il
« était couché ou lorsque en chantant, il poussait sa voix
« vers l'aigu. La déclivité ou l'effort exagéraient les con-
« gestions naturelles. »

« Un troisième de 32 ans, avait des crachements de
« sang quand il montait à bicyclette. Presque tous les
« départements veineux étaient variqueux : base de la
« langue, cordon spermatique, rectum, jambes. »

M. Moure (Soc. française d'otol. et laryng. Session de 1893) cite un cas de varices linguales chez un courtier en cognacs, qui rejetait des expectorations sanguines chaque fois qu'il buvait de l'eau-de-vie.

R. Botey (de Barcelone), (13^e Congrès international de méd. 1900), dit que lorsque l'examen du malade est négatif, la cause de ces fausses hémoptysies réside dans la cavité rétro-nasale « très rarement, ajoute-t-il, le la-
« rynx et l'amygdale linguale sont en cause et l'origine
« nasale de ces prétendues hémoptysies est de suite re-
« connue même par le malade ».

Il cite plusieurs observations où, n'ayant rien trouvé sur le pharynx oral, la base de la langue, la cavité laryngienne ou les fosses nasales, il a souvent vu le sang descendre derrière le voile du palais.

Angine rhumatismale aiguë.

Bien qu'il ne paraisse guère possible que les anciens n'aient pas constaté l'angine dans le rhumatisme articulaire aigu, il n'en est pas moins vrai que, nulle part avant le XVIII^e siècle, nous ne trouvons consigné quoi que ce soit à ce sujet.

Peterson, le premier, en 1793, fait un travail intitulé : « Dissertation de Angina arthritica » (Upsal, 1793). Puis Barthez la signala dans son « Traité des maladies goutteuses » (tome II, p. 40. Montpellier, 1819).

Stoll, Bouillaud et Trousseau en parlent également.

Lasèque la décrivit dans son « Traité des angines », ainsi que Fernet dans sa thèse inaugurale.

Tout récemment, Auclair (in Bulletin méd., fév. 1894), en fit une bonne description, et Roos également (in Berliner Klin. Woch., 18 et 25 juin 1894).

Actuellement, certains auteurs, tels que Ruault, Escat, etc., n'admettent plus « l'angine rhumatismale sans rhumatisme », car, disent-ils, « il n'y a pas de « forme clinique définie d'angine rhumatismale, l'angine prémonitoire du rhumatisme est essentiellement « polymorphe ; toute infection gutturale, généralisée ou « localisée, peut devenir le point de départ d'une attaque « rhumatismale ».

Sans vouloir entrer dans ces discussions qui nous entraîneraient hors de notre sujet, faisons néanmoins l'étude de ce qu'est l'angine rhumatismale dans sa forme la plus commune.

L'angine rhumatismale précède généralement de deux ou trois jours les douleurs articulaires.

A l'examen, on constate sur le voile du palais et ses piliers, ainsi que sur la paroi postérieure du pharynx, une rougeur diffuse à limites indécises. Il n'y a généralement pas trace d'exsudat. Les troubles fonctionnels et la douleur sont d'intensité variable. Alors éclatent les phénomènes généraux : le pouls s'accélère et la température arrive à 39° ; le malade est courbaturé, il a la langue sale et de l'inappétence.

L'inflammation peut se déplacer d'une partie de la gorge à une autre ; mais, contrairement à ce qui se produit pour les articulations, ici ce changement se fait avec lenteur. L'angine peut gagner les trompes d'Eustache, les fosses nasales et même le larynx.

Sa durée serait, d'après Saint-Germain, en moyenne de 8 jours ; elle disparaît progressivement.

Les rapports d'intensité de l'angine et du rhumatisme peuvent revêtir trois types principaux (Lasèque) : ou bien l'angine et le rhumatisme sont d'intensité égale, ou bien l'angine domine le rhumatisme, ou bien enfin l'angine est très légère, c'est ce dernier cas qui est certainement le plus fréquent.

On peut, avec de Saint-Germain, estimer la fréquence de l'angine dans le rhumatisme à 50 0/0, et Aucclair, qui a fait des recherches à ce sujet, constate que rarement cette manifestation fait défaut.

A l'heure actuelle, beaucoup d'auteurs admettent que le rhumatisme est de nature microbienne. Il est très pro-

bable, ainsi qu'essaie de le démontrer M. Paul Gallois, dans un article paru dans le *Bulletin médical* (1899), que l'angine est la porte d'entrée du rhumatisme, et il cite à l'appui de sa thèse de nombreuses observations.

Nous devons dire cependant, que c'est Fiedler qui semble avoir été le premier à signaler le pharynx comme la porte d'entrée du rhumatisme.

En admettant que la théorie microbienne soit la bonne, cela n'ôte rien à l'influence de l'arthritisme qui fournit un terrain favorable à l'évolution du microbe. Et à ce sujet, Charrin dit : « La dyscrasie acide précède l'attaque rhumatismale, les manifestations dites rhumatismales ne se produisent que sur un terrain préparé par l'hérédité, par un vice acquis de nutrition ou par le froid humide qui, en fermant les glandes de la peau, entrave l'élimination des acides et diminue par suite l'alcalinité des humeurs. »

C'est d'ailleurs ce que prouve l'expérimentation ; en effet, des solutions acides, notamment l'acide lactique, injectées à des animaux, abaisse l'état bactéricide et par suite facilite l'éclosion et le développement des accidents rhumatismaux.

Pharyngite catarrhale chronique diffuse.

Cette maladie s'observe surtout vers l'âge de 25 ans (Ruault). Elle succède souvent ou bien à des obstructions des fosses nasales par suite de malformation de la cloison, ou bien à des rhinites hypertrophiques. La fré-

quence trop répétée d'angine aiguë peut aboutir à la pharyngite catarrhale chronique diffuse.

Signalons également l'influence du tabac, de l'alcool, etc...

Dans cette forme de pharyngite les glandes mucipares secrètent le mucus d'une façon exagérée, c'est le caractère dominant, l'hypertrophie des follicules reste au second plan. Le chorion de la muqueuse est enflammé et altéré.

Les symptômes de cette maladie sont une grande sécheresse de gorge, un besoin d'expectorer presque constant qui force le malade à *hemmer*. Cependant dans certains cas la pharyngite peut exister sans donner lieu à aucun symptôme.

A l'examen direct on constate que le pharynx est rouge ainsi que la luette et l'on voit des petites gouttelettes de mucus émergeant de chaque glande et formant comme une sorte de semis.

Ces pharyngites catarrhales chroniques diffuses peuvent durer indéfiniment sans devenir hypertrophiques, ou bien elles le deviennent, ou bien, enfin, elles subissent une évolution atrophique.

Pharyngite catarrhale chronique hypertrophique
(Escat).

Synonymes: *Phar. interstitielle chronique* (Ruault).
Phar. hyperplasique (Gellé).
Angine granuleuse.

C'est Chomel le premier qui a distingué cette affection des autres variétés d'angines ou laryngites, et qui l'a appelée : Angine granuleuse ou glanduleuse (1846).

Mais, après lui, son élève Noël Guéneau de Mussy, en 1857, étudia si bien cette question, qu'on peut également lui attribuer une grande part de l'honneur qui revient à Chomel; il établit la nature diathésique de la pharyngite granuleuse.

Peter, dans son article « angine » du *Dictionn. encyclopédique des sciences méd.*, place au-dessus de toutes les causes l'influence de la diathèse « herpétique, gouteuse ou rhumatismale. »

Pour M. le professeur Dieulafoy, l'angine granuleuse est très fréquente chez les gouteux, rhumatisants et herpétiques.

Escat, qui prétend ne pas être de ceux qu'on peut accuser de voir la diathèse partout, dit: « Ici vraiment « le rôle du tempérament me semble indiscutable, c'est « sur l'observation que j'appuie cette affirmation. » Puis plus loin: « Il n'est point nécessaire pour faire de la « pharyngite hypertrophique d'être un arthritique avéré

« et d'avoir subi les atteintes de la dyscrasie, la prédis-
« position peut être simplement créée par l'hérédité
« arthritique. »

Toutefois Baudriller (in thèse, Paris 1895), dit que si
dans « les antécédents personnels et héréditaires des
« malades, on trouve des traces d'arthritisme, il ne faut
« pas s'en étonner, étant donnée la fréquence de cette
« diathèse et tout en lui laissant un rôle dans l'étiologie
« de la pharyngite granuleuse, nous ne lui reconnais-
« sons pas une aussi grande influence que les anciens
« auteurs. »

Sojo (de Barcelone) qui au deuxième congrès espagnol
d'oto-rhino laryngologie, 1899 (2^e séance, 21 septembre),
a traité la question : les pharyngites diathésiques exis-
tent-elles ? répond par l'affirmative, et voici quelques-
unes de ses conclusions :

« Les muqueuses des voies respiratoires des diathé-
« siques étant très sujettes aux troubles vasculaires et
« aux phlegmasies, ces malades sont fréquemment
« atteints de pharyngites aiguës et chroniques.

« On ne peut nier l'existence des pharyngites diathé-
« siques, mais elles sont moins répandues que ne le
« prétend l'Ecole française. L'analyse de l'urine des
« diathésiques atteints d'angine, permettra de découvrir
« les pharyngites diathésiques.

« La clinique enseigne que les arthritiques et les her-
« pétiques sont sujets à des pharyngites chroniques,
« remarquablement tenaces et rebelles aux modes de
« traitement habituels, débutant spontanément, et

« susceptibles de guérison ou au moins d'amélioration
« par la médication antidiathésique générale. Il faut
« admettre leur nature diathésique, si nous ne voulons
« rayer du livre de la clinique cet antique aphorisme :
« *Morborum naturam curationes ostendunt.* »

Quelques mois plus tard, le docteur Marage fit une communication très intéressante à l'Académie de médecine (5 déc. 1899). Nous jugeons utile d'en donner quelques extraits.

« La pharyngite granuleuse, dit-il, est une affection
« qui récidive souvent après le traitement. Quelle que
« soit la méthode que l'on ait employée pour modifier
« la muqueuse, il arrive que six mois ou un an après,
« la toux recommence accompagnée ou non de petits
« crachats grisâtres, le timbre de la voix se modifie, la
« muqueuse est congestionnée, des varicosités appa-
« raissent sur la paroi supérieure du pharynx, et par-
« fois les crachats sont sanguinolents. L'analyse com-
« plète de l'urine explique immédiatement ces récidives.
« En effet, les malades présentent tous une hyperacidité
« souvent considérable ; les autres éléments sont tou-
« jours en diminution...

« J'ai réuni trente observations de pharyngites gra-
« nuleuses avec analyse complète de l'urine ; toutes les
« courbes sont semblables entre elles.

« On se trouve donc en présence d'une diathèse par
« hyperacidité organique, et la pharyngite n'est qu'une
« manifestation locale d'un état général : l'arthritisme.

« La pharyngite se produit parce qu'il y a diminution

« générale des sécrétions muqueuses par suite de leur
« acidité ; la mucine précipitée par cette acidité, obture
« les follicules muqueux, ce qui les empêche de fonc-
« tionner. »

Et enfin voici l'opinion de M. Ruault (in traité de médecine, Bouchard et Brissand, 1900, p. 154) :

« Mais s'il n'est pas douteux que les arthritiques
« soient prédisposés à cette variété d'angine, et que
« celle-ci chez les gouteux surtout, puisse alterner avec
« des flexions articulaires, il n'est pas moins certain
« qu'elle puisse se développer chez des individus ne
« présentant aucune manifestation diathésique.

« ... Il est établi sans que le moindre doute puisse
« s'élever à ce sujet, que l'angine chronique diffuse,
« lorsqu'elle se développe chez un arthritique, prend
« infiniment plus souvent que la forme catarrhale, la
« forme interstitielle ; mais l'observation ne nous
« enseigne rien de plus sur les rapports de cette variété
« d'angine et de la diathèse en question. De là à conclure
« que la première est une manifestation de celle-ci et
« qu'elle doit être considérée comme une angine diathé-
« rique et spécifique, il y a une distance que je ne me
« sens pas autorisé à franchir. »

Après avoir ainsi cité les opinions des différents auteurs, étudions la maladie.

C'est surtout à partir de 25 ans qu'on l'observe. Bien souvent le malade ne vient vous consulter que parce qu'il est très ennuyé de ce besoin de « hemmer » « conti-

nuellement; dans d'autres cas cependant il y a une véritable pharyngodynie.

A l'examen de la gorge, on constate que la muqueuse est d'un rouge uniforme, ou bien elle est bleu ardoisé, sillonnée par des vaisseaux. La partie postérieure du pharynx apparaît sèche, tapissée de mucosités adhérentes, et parsemée de quelques granulations qui sont des follicules hypertrophiés. Comme nous le disons plus haut, le sujet éprouve le besoin d'expectorer. Il peut y avoir de la raucité de la voix.

La muqueuse des fosses nasales est toujours congestionnée.

Les lésions portent : sur la muqueuse comme dans la pharyngite chronique diffuse; sur le tissu conjonctif, qui est sclérosé et dont les réseaux sanguins sont exagérés, le chorion étant également enflammé; sur le tissu musculaire. Tous les muscles du pharynx sont hypertrophiés, la cavité du pharynx étant de ce fait considérablement diminuée; cette hypertrophie porte surtout sur la paroi postérieure. Il est très probable que le « hémage » est la cause de cette hypertrophie musculaire.

Cette angine chronique est une affection rebelle, puisque des causes permanentes concourent à son existence; d'une part, en effet, la diathèse arthritique, et d'autre part, des habitudes ou des professions que le malade ne veut ou ne peut abandonner.

Toutefois, grâce à une hygiène bien comprise, l'affection devient supportable.

Pharyngite chronique atrophique.

Nous passerons rapidement sur cette forme qui est l'aboutissant des deux formes précédentes, soit directement soit successivement. Comme son nom l'indique il y a atrophie générale.

Ce n'est guère qu'à partir de 30 ans environ qu'on l'observe.

Le principal symptôme consiste en une grande sécheresse de gorge.

A l'examen, la muqueuse prend l'aspect nacré rappelant la peau de serpent (Gellé), avec çà et là des vaisseaux variqueux.

Cette affection ne guérit jamais complètement.

Angine goutteuse.

L'angine des goutteux est très souvent en rapport avec leurs fluxions articulaires. Les malades voient l'état de leur gorge s'améliorer notablement, à la suite de l'apparition d'un accès de goutte, et inversement à la disparition de l'accès suivra la réapparition des symptômes de l'angine.

Morell-Mackensie (*Traité des mal. du larynx*, 1882) cite deux cas de cette alternance :

« Un de mes malades, dit-il, qui était sujet à de fréquentes attaques d'angine, fut pris d'accès de goutte, et à la suite de ces derniers l'inflammation de la gorge disparut pour ne plus revenir. — Chez un autre qui

« souffrait de pharyngite aiguë, les symptômes s'amèn-
« dèrent tout à coup, et le gros orteil du pied droit de-
« vint le siège d'une attaque de goutte aiguë ; trois
« jours après, l'inflammation du gros orteil s'évanouit
« et fut remplacée par une pharyngite aiguë. »

L'angine des goutteux est rarement une angine aiguë, on voit beaucoup plus souvent l'inflammation chronique envahir la muqueuse.

Les symptômes les plus fréquents sont des douleurs qui sont généralement bien localisées, tantôt à l'épiglotte, tantôt à la base ou sur les côtés de la langue, tantôt en plusieurs endroits différents. Très souvent, la congestion gagne en même temps la muqueuse du larynx et surtout des aryténoïdes et des replis aryténo-épiglotiques, les cordes vocales deviennent rouges surtout à leur insertion postérieure.

Les goutteux ont la luette, le voile du palais, et les piliers rouges et brillants, « on dirait, dit Sir Dyce « Duckworth (*Traité de la goutte*), qu'ils viennent d'être « badigeonnés avec de la glycérine. » Solis Cohen compare cette coloration à du bœuf salé (*corned beef*).

La surface du pharynx est souvent sillonnée de varicosités, çà et là sont des plaques de mucus grisâtre légèrement adhérent.

Chez quelques sujets, il peut y avoir de l'obstruction nasale avec ou sans coryza, et Solis Cohen (*in Méd. News*, 4 nov., 1893), cite le cas d'un homme âgé de 54 ans, neurasthénique, ayant des dépôts goutteux dans la membrane du tympan et chez qui la respiration na-

sale n'était parfaitement libre que hors ses attaques de goutte.

Herpès du Pharynx

L'herpès du pharynx accompagne souvent les angines les plus diverses, qu'elles soient à streptocoques, staphylocoques, pneumocoques et même diphtériques.

D'après Lermoyez « l'angine herpétique n'est pas une affection spécifique ; elle n'est, dit-il, qu'un mode de réaction de la gorge contre divers microbes. »

Le début survient souvent après un refroidissement ; le malade éprouve une courbature généralisée, un frisson initial, la gorge est sèche, il y a souvent des troubles gastriques. La douleur de gorge augmente rapidement et atteint son maximum en un jour ou deux.

A l'examen, les lésions de la gorge sont précoces, on voit que la gorge est rouge, les amygdales sont augmentées de volumes, l'éruption des vésicules est généralement abondante et quand ces vésicules s'ouvrent, elles laissent après elles une sorte de membrane blanchâtre. Elles siègent tantôt sur un seul côté tantôt sur les deux.

Très fréquemment l'herpès labial accompagne l'herpès du pharynx.

Ces herpès du pharynx peuvent affecter une forme aiguë, une forme prolongée (A. Ruault) dans laquelle plusieurs éruptions se succédant, l'angine peut ainsi durer une vingtaine de jours et enfin une forme récidivante sur laquelle nous allons nous étendre davantage dans un chapitre suivant.

Quand les vésicules sont crevées et ont laissé des pseudo-membranes, la clinique seule est souvent impuissante à faire le diagnostic, on doit avoir recours à la bactériologie.

On pourra néanmoins faire le diagnostic avec l'angine érysipélateuse primitive qui est rare, l'angine scarlatineuse; dans les deux cas, il n'y a pas de vésicules. Les amygdalites se diagnostiqueront plus facilement et par le volume de l'amygdale et par les bouchons caséux qui émergent des cryptes.

Herpès récidivant du pharynx

Cette maladie a une marche chronique et est caractérisée par la présence de vésicules sur la muqueuse du pharynx.

C'est surtout chez les femmes qu'on la rencontre, pendant la période menstruelle. On peut également la voir à tout âge, sauf dans la première et la seconde enfance. L'homme également est sujet à l'herpès récidivant, le tabac et l'alcool ne sont probablement pas étrangers à la cause.

Contrairement à l'herpès ordinaire du pharynx, les symptômes généraux sont souvent nuls, mais la douleur locale varie d'intensité.

Les vésicules siègent à n'importe quel endroit, mais généralement c'est à ce même endroit qu'elles récidivent.

Une semaine environ, telle est la durée de l'affection.

Nous devons ajouter que l'influence de l'arthritisme est loin d'être admise par tous les auteurs dans cette affection ; les uns comme Flatau et Lublinski veulent y voir une éruption zostériforme, d'autres comme Schmidt et Moure une infection atténuée.

Zona bucco pharyngien

Le zona est également une manifestation de l'arthritisme, c'est l'opinion de nombreux auteurs. Mais l'arthritisme ne fournit que le terrain, car suivant la théorie de Landouzy, il est probable que le zona est une maladie infectieuse analogue aux fièvres éruptives, c'est du moins ce que semblent prouver un grand nombre de faits tels que son épidémicité, sa marche cyclique, son immunité relative et la fièvre qui l'accompagne.

Les cas de zona bucco-pharyngien sont rares, Lermoyez et Barozzi (In Gazette des hôpitaux 12 fév. 1897), en citent un cas.

Escat (Arch de laryng, 1899) cite un autre cas de zona bucco-pharyngien chez un tabétique.

Wœldin a également relaté un cas de zona double du voile du palais.

Voyons rapidement l'étude du zona.

Le zona se voit de préférence chez l'homme, à n'importe quel âge, néanmoins il frappe de préférence les jeunes gens de 10 à 25 ans. Il consiste en une éruption de plaques rouges sur lesquelles sont groupées un certain nombre de vésicules, qui affectent une direction parallèle à celle des nerfs sensitifs de la région.

Généralement l'affection est apyrétique, cependant quelquefois il existe une fièvre plus ou moins vive, avec de l'anorexie, des frissons, des symptômes gastriques, bref avec l'appareil de début d'une maladie infectieuse.

Puis l'éruption se fait, d'abord les plaques rouges, puis les vésicules dont le volume varie de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Leur nombre peut aller à 15, elles finissent par se réunir entre elles, formant ainsi de véritables phlyctènes, contenant un liquide passant de la sérosité claire à la purulence.

Puis, ces vésicules s'affaissent, elles se recouvrent d'une petite croûte, qui à sa chute pourra laisser une cicatrice.

« L'évolution aiguë et rapide est un des caractères constants du zona vrai, mais les ulcérations peuvent par la lenteur de leur cicatrisation, porter la durée de la maladie à plusieurs semaines et même exceptionnellement à plusieurs mois. » (C. Debove et Achard).

La névralgie, la fièvre, la distribution régulière des plaques, nous aideront à faire le diagnostic.

LARYNX

L'influence de la diathèse arthritique se fait fréquemment sentir sur le larynx. Isambert a cherché les manifestations de l'arthritisme sur les muqueuses, de même qu'elles existaient sur la peau, et il a remarqué quelques coïncidences ou alternances pour certaines dermatoses.

Parmi les dermatoses qui entrent dans le cadre de notre sujet, nous avons d'abord l'*eczéma*.

La notion que l'*eczéma* est bien en relation avec l'arthritisme est généralement admise, c'est ainsi que conclut Brocq (in *Semaine Médicale*, 2 déc. 1891).

Les malades atteints d'*eczéma* sont sujets à des laryngites, ils sont très souvent enroués et souvent aussi ces laryngites alternent avec les poussées d'*eczéma*. Isambert cite le cas d'un avoué de province, qui lui avait été envoyé par Dumontpallier, et « qui présentait des périodes de laryngite alternant, tantôt avec des poussées d'*eczéma* sur les jambes et sur le tronc, tantôt avec de l'albuminurie et un léger degré d'anasarque. ».

Nous signalons simplement en passant le *pityriasis capitis*, qui fournit un grand nombre de cas de laryn-

gites ; or cette maladie est une forme chronique de séborrhéides, et Hallopeau et Leredde déclarent avoir vu nombre de fois les éruptions séborrhéïques coïncider avec des manifestations diverses de l'arthritisme. » Y a-t-il là, disent-ils, une relation de cause à effet ? nous ne saurions l'affirmer tant sont fréquentes la diathèse et la dermatose ». Nous ne concluons pas, mais nous voulions signaler cette fréquence vraiment remarquable.

Dans le *psoriasis*, nous trouvons également des manifestations laryngées, mais à l'heure actuelle la question est bien discutée de savoir si l'arthritisme entre dans l'étiologie du psoriasis. Bazin soutenait l'affirmative, et Gauthier à notre époque en fait autant, nous devons toutefois constater que d'autre part Hallopeau et d'autres n'ont pas vu cette relation.

Quoiqu'il en soit dans cette revue rapide de quelques dermatoses, nous pouvons conclure qu'incontestablement l'influence de certaines dermatoses diathésiques se fait sentir sur le larynx.

Hyperhémie

Le larynx chez les arthritiques est très sujet aux hyperhémies (Joal).

Le plus souvent ces hyperhémies laryngées sont consécutives aux hyperhémies des régions sus-jacentes.

Au laryngoscope, on constate que le larynx est d'un rouge livide ou vif, les cordes vocales toutefois ne sont que rosées ; quand elles sont atteintes, la voix est alté-

rée dans son timbre et sa tonalité. L'hyperhémie est plus accentuée aux endroits comme les replis ary-épiglottiques où la couche sous-muqueuse est lâche.

Quand l'hyperhémie est ancienne, on voit souvent des varicosités sur l'épiglotte.

Ces poussées hyperhémiques sont de durée variable, et quelquefois même tout à fait passagères ; elles peuvent dégénérer en laryngites chroniques.

Hémorrhagies

Lennox Browne dit que l'hémorrhagie du larynx est un accident extrêmement rare.

J. Moure de son côté admet que la congestion intense de la muqueuse puisse aboutir à l'hémorrhagie.

L'influence de la diathèse arthritique dans les hémorrhagies du larynx n'est pas douteuse : « Chez l'herpétique, dit Lancereaux (Traité de l'herpétisme), les artères assez généralement affectées de battements dans le jeune âge, deviennent flexueuses, rigides, perdent leur élasticité et s'élargissent avec les années. Le tissu musculaire des vaisseaux n'est pas plus que celui des viscères à l'abri des affections spasmodiques ; lui aussi est exposé à des actions nerveuses directes ou réflexes, qui jettent un trouble plus ou moins profond dans les circulations locales, et de là, des lésions diverses : hyperhémies, hémorrhagies, hydropisies. »

Pour Gottstein, les laryngites sèches peuvent être causes d'hémorrhagies du larynx, mais ces hémorrha-

gies sont rares, dit-il, et quand elles existent, ne sont pas abondantes.

Pour Rethi (Wien 1889, Berl. Klin. Voch, n° 6) et Danet (thèse de Paris 1894) il n'y a pas une forme hémorrhagique de laryngite, mais ils admettent que l'hémorrhagie peut être provoquée par un catarrhe dans un organe congestionné.

Les hémorrhagies du larynx peuvent se produire en dehors de toute inflammation, à la suite d'une simple hyperhémie. — « A la suite d'une irritation locale et « directe ou bien éloignée et d'ordre réflexe, dit M. Joal, « le liquide sanguin arrive dans les artérioles et capil-
« laires de la muqueuse laryngée, sous une pression
« plus considérable, les parois vasculaires opposent une
« résistance insuffisante, et se laissent dilater, ses vais-
« seaux devenus plus larges, reçoivent une plus grande
« quantité de sang, l'état congestif est constitué. » (Étude sur les fluxions de la muqueuse laryngée).

Il n'y a presque jamais douleur, le sang est rejeté par la bouche sans efforts. Quelquefois la respiration est un peu gênée par suite d'un léger œdème; les caillots peuvent déterminer l'aphonie, ce cas est plutôt rare, car généralement il n'y a que de l'enrouement.

A l'examen laryngoscopique, on voit des ecchymoses sur la muqueuse laryngée, elles ont une teinte rouge sombre qui tranche sur le reste de la muqueuse. Quelquefois on aperçoit des petits vaisseaux variqueux.

Danet (loc. cit.) conclut dans le diagnostic de la cause: « Si nous trouvons des varicosités dans le larynx, en même temps que sur d'autres parties du corps, nous

penserons à la diathèse arthritique. » Nous trouvons dans sa thèse une observation (obs. XVI) d'hémorrhagie du larynx chez une arthritique.

Laryngite chronique.

Sans prétendre avoir trouvé des relations habituelles bien nettes entre la laryngite chronique et l'arthritisme, P. Tissier n'est pas d'avis de repousser l'influence de la diathèse sur la laryngite chronique.

Bien souvent d'ailleurs, ne succède-t-elle pas à d'autres manifestations arthritiques, telles que la pharyngite chronique hypertrophique, et les rhinites hypertrophiques et atrophiques ?

L'influence de la profession, l'aspiration de gaz ou de poussières irritantes, etc., sont au nombre des causes occasionnelles.

Au larynx nous trouvons des varicosités sur les cordes vocales et des parties plus ou moins rouges. Les cordes vocales ont souvent un aspect dépoli, leur couleur est d'un rouge diffus. La région aryténoïdienne, et l'épiglotte sont parfois d'un rouge plus ou moins vif.

Les muscles ont perdu leur tonicité, et ce phénomène se traduit dans la phonation par un espace ellipsoïde entre les cordes et de la raucité de la voix.

La voix est voilée, surtout le matin à cause de l'inactivité de la nuit, et le soir à cause de la fatigue.

La toux est un symptôme qui, bien que fréquent, est

loin d'être constant. Castex cite l'observation « d'une
« dame profondément arthritique qui se plaignait d'un
« enrrouement remontant à trois ans. La corde gauche
« restée blanche était très renflée en son milieu avec
« quelques varicosités sur cette nodosité. Il n'y avait
« aucun soupçon de tuberculose, et la lésion ne ressem-
« blait aucunement à un nodule vocal, le sujet ne fai-
« sant d'ailleurs pas abus de sa voix ».

Morell Mackensie (*Diseases of the throat and nose*, London, 1880, .t I, p. 292), rapporte un cas où il existait des varicosités sur les cordes vocales et les bandes ventriculaires.

La laryngite chronique coexiste fréquemment avec la pharyngite chronique hypertrophique.

Généralement, la sécrétion qui au début est augmentée, diminue avec les progrès de l'affection; cette sécrétion se dépose sur les cordes vocales et dans les ventricules, ce qui fait que dans la phonation, on aperçoit au laryngoscope des filaments muqueux allant d'une corde vocale à l'autre à la manière d'un pont.

Tantôt, les laryngites chroniques affectent plutôt une forme catarrhale, c'est-à-dire que le symptôme sécrétion paraît dominer le symptôme hypertrophie de la muqueuse, tantôt au contraire, c'est l'hypertrophie de la muqueuse qui paraît être le symptôme dominant.

Une dernière forme est la forme érosive (Virchow). Les érosions siègent surtout sur les cordes vocales et l'apophyse vocale.

On fera le diagnostic avec le cancer du larynx (rare

avant 40 ans, plus fréquent chez l'homme, marche lente et progressive, motilité de la corde vocale diminuée), avec la paralysie laryngée (examen laryngoscopique).

Arthrite rhumatismale du larynx.

Depuis quelques années, d'assez nombreuses observations d'arthrites du larynx ont été faites; la première en date est celle de Desbrousses (thèse de Strasbourg 1861).

Puis, cette maladie fut étudiée en 1886 par Ramon de la Sota, Raymond; en 1890 par Grunwald, Simanowski, Schrotter, et dans les années suivantes par Luc, Compaired, Casselberry, Sendziak, etc.

Escat (de Toulouse), au Congrès de médecine, en 1900, à Paris, a particulièrement étudié cette maladie. Après avoir passé en revue les différents cas présentés par les auteurs, il cite lui-même quatre observations d'arthrites laryngées rhumatismales.

Les arthrites laryngées dans toutes les observations présentées jusqu'à ce jour, sont des arthrites crico-aryténodiennes; les autres cas où l'articulation crico-thyroïdienne serait atteinte, sont problématiques. Nous citons toutefois deux observations d'Escat où cet auteur met en cause l'articulation crico-thyroïdienne. — Enrouement, douleur en parlant, dyspnée laryngée, et quelquefois même du cornage, tels sont les phénomènes qui peuvent survenir au cours du rhumatisme articulaire aigu.

A l'examen laryngoscopique, on constate que le larynx

est rouge, et qu'une articulation crico-aryténoïdienne est tuméfiée; la corde correspondante est un peu contracturée et fixée en adduction. Cet état peut durer huit jours, après quoi tout rentre dans l'ordre; cependant, il peut persister de la dysphonie par un peu de roideur de l'articulation aryténoïdienne (Compairod).

Le diagnostic de cette arthrite peut, d'après Escat, être fait en s'appuyant sur les symptômes suivants: d'abord l'existence ou la préexistence d'un état catarrhal accompagné d'un état plus ou moins fébrile; les manifestations articulaires extra-laryngées; puis la dysphagie, la dysphonie, la douleur locale, le tirage; la tuméfaction visible au laryngoscope des saillies arythénoïdiennes; l'immobilisation en adduction de la corde vocale correspondante, mais sans chevauchement pendant la phonation de l'aryténoïde sur l'aryténoïde intéressé et sans entraînement de la corde vocale saine au-delà de la ligne médiane (Grabower); surélévation de la corde du côté affecté.

Nous avons dit précédemment que c'était toujours l'articulation crico-aryténoïdienne qui était intéressée. Escat, au XIII^e Congrès de médecine de 1900, a présenté deux observations où il conclut à une arthrite crico-thyroïdienne; nous avons rapporté ces deux très intéressantes observations à la fin de notre thèse (observ. V et VI).

Avant Escat, nous ne trouvons nulle part signalée cette arthrite. « Il est de notion classique, dit cet auteur, que la paralysie du muscle crico-thyroïdien en-

« traîne l'aphonie ; il est donc rationnel d'admettre que
« l'immobilisation de l'articulation, autour de laquelle
« se passent les mouvements commandés par ce muscle,
« soit accompagnée du même trouble. C'est l'esprit
« hanté par cette idée, que je me suis demandé si cer-
« taines aphonies inexplicables ne pourraient pas rele-
« ver de cette arthropathie, et si certaines paralysies
« *a frigore* du laryngé externe ne seraient point simu-
« lées par cette affection, tout comme les paralysies ré-
« currentielles le sont par des arthrites crico-aryténoï-
« diennes ».

Voici toujours d'après Escat, les principaux signes d'après lesquels on pourra diagnostiquer l'arthrite crico-thyroïdienne :

1° Apparition brusque d'une aphonie après un coup de froid, ou au cours d'un rhumatisme, ou en dehors de cette maladie chez un arthritique avéré ; -

2° Pharyngo-laryngite catarrhale antécédente ou committante ;

3° Effort vocal douloureux ;

4° Signes laryngoscopiques analogues à ceux de la paralysie du laryngé externe, c'est-à-dire : défaut de cordes, et abaissement de l'épiglotte, voilant la commissure vocale pendant l'effort vocal pour prononcer la voyelle E.

5° Douleur réveillée par la pression de l'articulation crico-thyroïdienne, au niveau des cornes inférieures du cartilage thyroïde ;

6° Réveil de cette même douleur, par le rapprochement artificiel à travers les téguments du cartilage thyroïde et du cartilage cricoïde.

7° Persistance des contractions des muscles thyroïdiens perçues sous le pouce appliqué pendant l'effort vocal exagéré de chaque côté de la ligne médiane.

Nous ne parlerons pas de la *laryngite granuleuse* parce que cette maladie est simplement une laryngite chronique. Son existence est contestée par beaucoup de laryngologistes, et même ceux comme Krishaber qui l'admettent, disent qu'anatomiquement le processus n'est pas le même. — Pour P. Tissier, cette laryngite n'existe pas car, dit-il, « nous n'avons jamais rencontré de granulations laryngées caractéristiques ». (Ann. des mal. de l'oreille, 1891).

Laryngite goutteuse.

C'est surtout Virchow qui a étudié les lésions de la goutte dans le larynx.

Garrod, en 1868 avait déjà signalé l'existence de tophus dans le larynx.

Rendu (Dict. encyc. art. « Goutte ») dit : « La localisation la moins exceptionnelle du tophus dans l'arbre respiratoire est le larynx » ; et il cite le cas du malade de Virchow « mort à la suite d'accidents broncho-pulmonaires, ou on trouva un noyau de la grosseur d'une tête d'épingle, siégeant à l'extrémité postérieure de la corde vocale droite et recouvert par la mu-

« queueuse », c'était un noyau formé de cristaux d'urate de soude; « de plus, les cartilages du larynx étaient « complètement ossifiés et entourés de bourgeons « charnus ».

Abate a publié quatre cas de laryngite goutteuse où l'on a trouvé des papillomes contenant des nodules goutteux.

Litten (relaté par Dyce Duckworth, traité de la goutte) dans une relation d'autopsie d'un goutteux âgé de 45 ans. décrit la présence de dépôts uratiques sur les ligaments crico-aryténoïdiens.

Norman Moore (Pathol. Society's. Transactions T. xxxiii) cite un cas de goutte saturnine où l'autopsie a permis de découvrir dans les deux cordes vocales des petits dépôts d'urates; les articulations crico-arténoïdiennes étaient intactes.

Lennox Browne cite un cas de périchondrite goutteuse, avec dépôts dans les articulations du larynx; l'évolution ultérieure de la maladie confirma le diagnostic.

Chez les goutteux, les cordes vocales sont souvent le siège de congestion accompagnée de symptômes de catarrhe, la voix par conséquent est enrouée surtout le matin et après les repas.

Ces laryngites ont les mêmes symptômes que les laryngites chroniques ordinaires.

Herpès du Larynx

L'arthritisme favorise singulièrement l'apparition de la fièvre herpétique, et l'une des manifestations exanthématiques de cette fièvre est l'herpès du larynx.

C'est Fernet le premier qui a vu et décrit cette localisation (*Bull. de la Soc. clin.*, Paris 1878).

Lagahuzère (thèse, Bordeaux 1895) a particulièrement étudié l'herpès du larynx.

Voici la description rapide de la maladie. Tout d'abord nous constatons des symptômes généraux, fièvre, céphalalgie, constipation, courbature, en même temps le malade se plaint d'une sécheresse extrême du fond de la gorge, de dysphagie et quelquefois de dysphonie; la toux est variable.

L'herpès laryngé ne peut être reconnu qu'avec l'aide du laryngoscope; ainsi examinée la muqueuse présente un aspect rouge parsemée de petites vésicules qui le plus souvent rompues ne laissent voir qu'une pellicule blanchâtre; à la suite de cette rupture des vésicules, la petite ulcération se cicatrise.

Les vésicules sont généralement au nombre de une à dix; elles siègent de préférence sur l'épiglotte (face postérieure), puis sur les aryténoïdes, puis sur les cordes vocales (Lagahuzère). Il est évident que c'est le siège des vésicules qui détermine la nature des accidents.

La durée de la maladie est d'environ deux à trois semaines.

Spasme glottique

Encore appelé *asthme laryngien*. Cette affection, qu'on ne rencontre que dans la première enfance, est encore du lot des arthritiques.

Lancereaux (traité de l'herpétisme) cite deux exemples d'enfants issus d'herpétiques ayant eü du spasme laryngé, et qui plus tard firent des hémorroïdes, des migraines ou de l'asthme.

Elle consiste en une forme particulière de dyspnée ou d'apnée, produite par l'occlusion convulsive de la glotte. Ce spasme peut se renouveler plusieurs fois en vingt-quatre heures.

Assez souvent, pas toujours cependant, ce spasme débute pendant le sommeil; l'enfant s'éveille, sa figure se congestionne et devient cyanosée, il ouvre la bouche et fait des efforts considérables pour faire pénétrer un peu d'air dans son thorax immobile : il asphyxie. A ce moment peuvent se produire des convulsions et des émissions involontaires.

Puis après avoir ainsi duré, une demi minute, une et même jusqu'à deux minutes, l'accès cesse et tout rentre dans l'ordre. Les accès peuvent se reproduire un nombre plus ou moins considérable de fois et l'enfant s'il ne meurt pas asphyxié peut succomber à une maladie intercurrente qui évoluera sur un terrain épuisé.

On fera le diagnostic avec la laryngite striduleuse, mais celle-ci frappe les enfants plus âgés et de plus

est accompagnée de catarrhe ; avec le croup, qui est une maladie fébrile et qui également est rare à ce premier âge.

Vertige laryngé.

C'est Charcot en 1876, qui fit paraître les premières observations de vertige laryngé.

Dans cette maladie, les auteurs sont d'accord pour attribuer à l'arthritisme une influence incontestable.

Chazalon (Thèse Lyon, 1896) déduit d'après les nombreuses (48) observations qu'il a recueillies, que, aussi bien dans les antécédents héréditaires que dans les antécédents personnels, l'influence de l'arthritisme est manifeste dans l'ictus laryngé.

C'est également à une conclusion semblable qu'arrive le Dr Moncorgé (du Mont-Dore) dans un récent travail (in annales du mal de l'or., du larynx, 1900, t. XXVI) ou il dit, que l'ictus laryngé décrit par Charcot en 1876, se rencontrerait presque toujours, pour ne pas dire toujours, chez des asthmatiques ; « l'asthme, dit-il, serait promesse d'ictus ».

Voici la description rapide des symptômes : le sujet éprouve généralement à la gorge, au niveau du larynx, une sorte de chatouillement qui le force à tousser ; pendant cette quinte de toux, il éprouve des étourdissements ou des éblouissements, des vertiges qui peuvent aller jusqu'à la chute. Dans le plus grand nombre de

cas, le malade perd totalement connaissance; on voit assez souvent survenir des convulsions cloniques, mais jamais toniques. On n'a jamais constaté non plus de morsures de langue, ni d'émissions involontaires, ce qui est un point essentiel de diagnostic avec l'épilepsie.

La face, qui d'abord est rouge et vultueuse, pâlit ensuite au moment de la perte ou même du recouvrement de la connaissance.

La durée de l'accès varie entre deux et huit secondes.

Le retour à l'état normal est généralement immédiat, quelquefois, il ne se produit qu'au bout d'un quart d'heure.

Le nombre des accès était chez un malade de Charcot, de quinze à seize par jour.

La marche de ces accès est variable; avec Garel et Collet, (Ann. des mal. de l'or. et larynx, 1894) « on peut
« poser en règle générale que les accès très fréquents,
« sont d'ordinaire liés à une poussée aiguë du côté des
« voies respiratoires, et cédant généralement avec elle
« pour revenir de même; que les accès rares sont beau-
« coup plus capricieux, et que le malade ne peut jamais
« se considérer comme préservé de leur retour, puis-
« qu'ils reparaissent quelquefois à des intervalles très
« éloignés ».

Le pronostic du vertige laryngé est favorable, et c'est une différence essentielle avec l'ictus laryngé symptôme du tabes au début, ainsi qu'avec l'ictus unique qui se

rencontre chez les sujets atteints d'affections graves du larynx, auquel cas, la mort survient.

Après avoir fait l'examen laryngoscopique, nous ferons le diagnostic du vertige laryngé avec l'épilepsie à aura laryngée, dans ce cas l'attaque a généralement une physionomie propre qui ne trompe pas, la pâleur immédiate de la face et l'hébétude qui suit l'accès font faire le diagnostic.

Il est évident que ces vertiges ne peuvent s'expliquer que par une réaction bulbaire, mais l'origine du trouble sensitif laryngé est souvent inconnue.

Néuralgie laryngée

D'après Ruault, c'est chez les sujets neuro-arthritiques, que l'on rencontre le plus souvent la néuralgie laryngée.

Elle se traduit par des accès de douleur variable dans son intensité. Cette douleur unilatérale dans la plupart des cas est localisée par les malades vers la grande corne de l'os hyoïde.

Le froid augmente l'intensité de cette douleur qui peut s'irradier vers l'oreille ou la trachée.

Le seul diagnostic à discuter sera la néuralgie du pharynx.

TRACHÉE

A la trachée, nous pouvons constater des congestions qui coïncideront et le plus souvent alterneront avec des manifestations siégeant sur d'autres parties du corps.

Castex rapporte (in Bull. laryng. déc. 1898) qu'il était « consulté en 1897 pour un catarrhe trachéo-bronchique, « par un homme d'une cinquantaine d'années, qui avait « en sa première attaque de rhumatisme articulaire aigu « à l'âge de seize ans. Les jointures étaient restées pri- « ses pendant six mois. Depuis il en avait eu trois au- « tres. Quand je l'examinai, dit il, il avait les articula- « tions des membres enraidies au point de ne pouvoir « se baisser pour ramasser un objet. Ses urines conte- « naient une notable proportion de phosphates. Je l'ai « revu dernièrement, ses articulations sont en bien meil- « leur état à la suite d'un traitement thermal, mais par « contre le catarrhe trachéo-bronchique a beaucoup « augmenté en vertu de ce balancement dont nous par « lions tout à l'heure. »

La trachéo-bronchite avait été signalée par Guéneau de Mussy comme une complication assez fréquente de l'angine glanduleuse.

URTICAIRE

Si l'on interroge les nombreuses observations ayant rapport à l'urticaire, on retrouve dans la très grande majorité une cause prédisposante : l'arthritisme.

Guéneau de Mussy (Clin. méd. tome IV p. 611, 1885) dit : « de toutes les conditions qui favorisent le développement de l'urticaire, l'arthritisme me paraît être la plus importante et la plus commune ; » et il cite à l'appui de sa thèse plusieurs cas d'arthritiques ayant l'urticaire.

Bazin affirmait les rapports fréquents de l'urticaire et de l'arthritisme. Et d'ailleurs, ne voit-on pas chez le même individu, après des écarts de régime, survenir soit la goutte, c'est-à-dire une manifestation indiscutée du terrain arthritique, soit l'urticaire.

Etudions rapidement les symptômes de cette maladie.

Ou bien l'éruption cutanée peut paraître la première, et dans ce cas le diagnostic est simplifié, ou bien ce sont les troubles respiratoires qui entrent en scène les premiers.

On observe de la dyspnée, une angoisse respiratoire terrible, le malade étouffe littéralement. Dans certains

cas, l'urticaire simule une crise d'asthme, d'autres fois elle donne lieu à des accès de suffocation avec quinte de toux, et simule l'œdème de la glotte. Ces différents symptômes peuvent se montrer pendant ou après le repas.

Le pouls devient rapide, et quelquefois la température est élevée. Si l'on examine la gorge, on constate sur la voûte du palais, sur l'isthme du gosier, sur le pharynx, des plaques d'urticaire, et le malade éprouve dans la gorge de vives démangeaisons, à une période plus avancée, l'accès diminue d'intensité, c'est qu'à ce moment la poussée se fait vers la peau.

Hémoptysie.

Depuis Laënnec et Louis, on croyait que l'hémoptysie était toujours un symptôme de tuberculose ; à Trousseau le premier revient l'honneur d'avoir dit que « cet « accident se rattache aussi souvent à des affections « étrangères à la tuberculisation, qu'à cette maladie elle-
« même. »

Trastour de Manosque (*Bull. de therap.*, 1881), Collin (de St-Honoré), Sénac (de Vichy) ont été les premiers à attribuer certaines hémoptysies à la diathèse arthritique.

Après eux Potain et Huchard, ce dernier (Congrès de Rouen, 16 août 1882) présente un mémoire dans lequel il décrit l'hémoptysie arthritique.

Ainsi qu'Antoine le dit dans sa thèse (Bordeaux,

1893), « nous savons parfaitement que les rhumatisants
« et les gouteux ont, du fait de leur tempérament, des
« congestions fréquentes du côté de plus d'un organe
« (névralgies congestives, dermatoses), souvent même
« des hémorrhagies (flux hémorroïdaire, métrorrhagies). Le rhumatisme et la goutte étant les branches
« d'un même arbre, l'arthritisme, pourquoi ne pas
« admettre avec Cazalis et Woillez l'action puissamment
« congestive de cette diathèse. »

Duclos (de Tours) (*in Journal des Praticiens*, 1895), attire l'attention sur les hémoptysies arthritiques.

Lancereaux dans un récent mémoire (*Bull. de l'Acad.*, 1900, n° 35), s'exprime ainsi : « Quelques-uns de nos
« maîtres, dit-il, et Reyer en parti ulier, nous ont appris
« qu'ils avaient eu des hémoptysies dans leur jeunesse
« sans avoir jamais été phtisiques, Plusieurs de nos
« camarades d'études, au nombre desquels notre regretté
« Péan, ont été atteints de ce même accident sans se
« plus mal porter. »

Puis M. Lancereaux cite une observation :

« Un homme de 50 ans, gros mangeur et obèse, hémorroïdaire, n'ayant jamais toussé, est pris au milieu de la nuit, à la suite d'un repas excessif, d'une
« hémoptysie abondante pour laquelle il me fait appeler.
« Les poumons et le cœur sont parfaitement intacts, et
« cet homme, qui n'avait jamais toussé, retrouve toute
« sa santé au bout de quelques jours sous l'influence du
« régime et du repos ; cet accident n'a pas reparu.

« Il me serait facile de rapporter un plus grand

« nombre de faits du même genre, tous tendraient à
« démontrer qu'il existe du côté des membranes mu-
« queuses, chez les gouteux et les rhumatisants chro-
« niques, une prédisposition aux fluxions sanguines en
« tout comparables aux fluxions séreuses du tissu cellu-
« laire et des articulations.

« En conséquence, la trachée et les bronches sont, à
« un degré moindre que les fosses nasales, exposées à
« des hémorrhagies qui souvent alternent avec des mi-
« graines, des douleurs rhumatismales, des hémor-
« rhoïdes, etc... »

Donc, sous l'influence de la diathèse, la congestion va se produire, mais il lui faut généralement une cause adjuvante, et cette cause c'est le froid.

Très souvent l'hémoptysie est précédée de prodromes, ce sera de la dyspnée, parfois de la céphalée, puis *brusquement*, souvent pendant la nuit, une *abondante* hémorrhagie survient (Huchard).

Si nous auscultons les poudrons, nous constatons tous les signes d'une congestion plus ou moins intense (souffle, râles sous crépitants). La santé générale n'est guère altérée, à moins que ces hémorrhagies ne deviennent par trop abondantes, auquel cas elles anémient rapidement le patient. Dans certains cas même, d'après M. Lancereaux, « elles ont paru améliorer la santé, en
« faisant cesser un malaise général, des douleurs va-
« gues, des vertiges, etc... Le sang rejeté au dehors par
« vomissement ou par expectoration est rouge rutilant,

« parfois très abondant, et en général peu coagulable. »

Tous ces symptômes de congestion décrits plus haut sont très fugaces, ils s'amendent rapidement, et tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce que de nouveaux accidents surviennent.

La durée de ces hémorrhagies ne dépasse guère quelques jours, avec intermittences naturellement.

« La nature de l'hémoptysie (Lancereaux) se reconnaît
« à un examen approfondi du patient et de l'organe
« affecté. Ainsi le diagnostic de l'hémoptysie névropathique repose sur l'état constitutionnel, les antécédents pathologiques, l'absence certaine de lésions des
« bronches et des sommets, du cœur et des gros vaisseaux.

« La répétition de ces accidents, les troubles divers
« qui les précèdent ou les accompagnent, le bien-être
« qui en résulte parfois, sont autant de circonstances
« qui mettent le médecin à même de rassurer les malades et leur famille ».

D'après le même auteur, les hémoptysies se montrent de préférence vers la fin de l'accroissement et pendant l'âge d'adulte. -- Potain, Huchard, Lancereaux et Antoine dans sa thèse ont donné de nombreuses observations d'hémoptysies arthritiques.

TRAITEMENT

Dans toutes ces manifestations de la diathèse arthritique, sans doute, il sera utile de traiter la maladie dans sa manifestation locale, mais ce traitement sera bien souvent illusoire si le malade n'y adjoint un traitement général, basé sur une alimentation appropriée et une vie active mais non fatigante.

Les enfants de source arthritique seront surveillés dès leur première enfance. Par une nourriture d'où seront sévèrement proscrites les viandes, on s'efforcera d'atténuer les tendances arthritiques. Donc dans la première enfance, le lait, et plus tard les laitages, œufs, légumes, etc.

Puis plus tard quand les manifestations de l'arthritisme se seront affirmées, on usera d'abord du traitement local; nous n'avons pas l'intention de nous étendre sur cette partie; carce que nous avons particulièrement en vue, c'est surtout l'influence du traitement général. Toutefois, signalons dans les rhinites, les cautérisations et les ablations de cornets, dans l'angine et l'arthrite rhumatismale, le salicylate de soude; dans les pharyngites chroniques, les badigeonnages à la tein-

ture d'iode iodurée, puis les cautérisations au cautère-galvanique, etc,

Mais la chose capitale, essentielle, c'est le *traitement général*; et ce traitement qui est plutôt un régime ne doit pas être un traitement de quelques semaines ou de quelques mois, ce doit être un traitement suivi pendant des années; car la diathèse arthritique reparait pour peu qu'il y ait relâchement dans le régime.

Voici quel sera ce traitement général; nous ne pouvons donner ici que les principales lignes car la matière de ce sujet est très étendue, il nous faudrait par exemple faire un tableau complet du régime alimentaire de la goutte, etc., et cela nous entraînerait un peu loin.

Comme alimentation, les arthritiques se trouveront bien du régime végétarien. S'ils ne peuvent s'y astreindre, qu'ils diminuent leur ration de viande dans de notables proportions.

Dans sa leçon du 21 juin dernier à l'hôpital Necker, M. Huchard, à propos des vieux médicaments, recommandait particulièrement la cure de fraises, si toutefois le malade n'éprouve aucun de ces accidents spéciaux tels que l'urticaire. Cette cure était autrefois très en honneur. De même M. Huchard recommandait la cure des raisins. On commence par 2 ou 300 gr. par jour, pour arriver à 2 kil. ou 3 kilos au maximum.

Ces cures ont l'avantage d'être généralement bien acceptées des malades,

Nous ne saurions trop insister sur cette cure de rai-

sins, qui a une influence si favorable sur la diathèse arthritique.

En France, cette médication, si toutefois on peut employer cette expression, n'est guère en honneur ; c'est surtout en Allemagne et en Suisse, à Durckheim (All.), Kreuznach, Vevey, Aigle (Suisse) qu'on la pratique ; et cependant faisait remarquer M. Huchard, c'est la France qui possède le meilleur raisin !

Les eaux minérales alcalines telles que Vichy, Vittel, jouent un grand rôle dans le traitement général de l'arthritisme. Châtel-Guyon et Carlsbad par leur action décongestionnante seront employés dans les coryzas chroniques. Uriage et Saint-Honoré dans les pharyngites chroniques, etc...

L'alcool, le tabac, les excitants (café, thé) seront complètement supprimés.

Il faudra proscrire absolument la vie sédentaire, prendre une vie active et si besoin est, se livrer aux différents exercices physiques tels que canotage, escrime, équitation, bicyclette, etc., etc., et enfin faire de l'hydrothérapie.

OBSERVATION I

Coryza spasmodique.

Auto-observation du Dr Mounier (de Paris) XIII^e Congrès international de médecine, Paris, 1900. Section de laryngologie. Séance du 7 août.

Antécédents héréditaires arthritiques: Mère rhumatisante, toussant à la moindre variation de température, avec des poumons absolument sains, alternance même très curieuse entre les douleurs et la toux. Père goutteux (5 attaques), guéri par l'exercice et le régime.

Antécédents personnels non moins arthritiques : Migraines fréquentes dans l'enfance, surtout au lycée, jamais pendant les vacances, où je vivais constamment au grand air. Santé générale bonne. Vers 18 ans les migraines cessent et apparaît la tendance très marquée au coryza, surtout du matin, durant jusqu'à dix ou onze heures, et faisant mouiller deux à trois mouchoirs.

Les éternuements sont modérés; l'hydrorrhée est le phénomène surtout marquant. A la suite de la crise, la tête est lourde, et la pression des sinus frontaux douloureuse. Les bronches sont en bon état.

Pendant le service militaire, vie active: ni bronchite ni migraine.

Retour dans la vie civile: les crises reparaissent.

Chimot.

... Le Dr Mounier se mit à suivre strictement un régime alimentaire, fit des exercices musculaires ; supprima toute médication nasale ou bronchique et la guérison s'ensuivit à un point tel que le Dr Mounier ne ressent plus d'effets à la suite d'un léger excès qui aurait autrefois déterminé des crises terribles.

OBSERVATION II

Hémorrhagies laryngées.

(Observation résumée, thèse de Danet, Paris, 1894).

Mlle W..., artiste à l'Opéra-Comique, était encore au Conservatoire. La veille des examens de sortie, sa voix s'enroua subitement, elle était au moment de ses règles. Elle fut soignée, et au bout de trois semaines on put voir au laryngoscope un vaisseau relativement volumineux sur une corde vocale. — La guérison s'ensuivit.

Or, plusieurs mois plus tard, le même accident se reproduisit, Mlle W... se fit soigner, et depuis cette époque, très souvent l'hémorrhagie s'est reproduite, il faut dire que c'était toujours au moment de ses règles.

Interrogée au point de vue de ses antécédents héréditaires, Mlle W... a déclaré que sa mère avait des *varices* assez volumineuses aux jambes et qu'elle même était sujette aux *rhumes* et aux *migraines*.

OBSERVATION III

Arthrite laryngée rhumatismale.

XIII. Congrès de médecine, Paris, 1900. Section de laryngologie, par Escat.

Mlle G..., de Valence d'Albi, 28 ans, est venue me consulter, le 17 février 1899, se plaignant d'une raucité qui date de deux ans et qui serait survenue en quinze jours, après une angine et une laryngite.

De *tempérament nettement arthritique*, la malade a été sujette, à diverses reprises, à des manifestations articulaires subaiguës.

Nous relevons chez elle comme antécédents, une arthrite tibio-tarsienne, qui a duré plusieurs mois et qui est actuellement guérie.

Le jour où elle vient se soumettre à mon examen, elle est convalescente d'une arthrite subaiguë de l'épaule gauche.

La face est actuellement le siège d'eczéma qui, au dire de la malade, se manifeste par intermittences.

Depuis deux ans, la dysphonie et la dysphagie subissent des alternatives d'aggravation et d'amélioration parallèles aux variations de température ; la réaction est surtout apparente sous l'influence du froid humide.

Le larynx est actuellement très douloureux à la pression sur le bord postérieur de la lame gauche du cartilage thyroïde.

Au laryngoscope, la corde vocale gauche est immobilisée comme dans une paralysie récurrentielle.

Je diagnostique : arthrite crico-aryténoïdienne rhumatis-

male subaiguë à rechûtes. — Comme traitement général : arsenic et alcalins ; traitement local : révulsifs sur la région pré-laryngée.

Amélioration considérable.

OBSERVATION IV

Arthrite laryngée rhumatismale.

XIII^e Congrès de Médecine, Paris, 1900. Escat.

Mme T..., 60 ans, de Saint-Gaudens, atteinte depuis douze ans de *rhumatisme* chronique déformant à localisations multiples, est affligée depuis un an d'une dysphonie, dont l'apparition a coïncidé avec une poussée subaiguë rhumatismale des articulations des membres.

Je vois la malade le 22 avril 1900.

La voix est simplement rauque ; pas d'autre symptôme.

La corde droite, à l'examen laryngoscopique, se montre en adduction, comme dans une paralysie récurrentielle ; la saillie aryténoïdienne du côté correspondant paraît hypertrophiée.

Pendant l'effort de la phonation, on voit la corde du côté malade se contracter, mais on n'observe pas le chevauchement des aryténoïdes.

L'exploration de la région cervicale et l'auscultation du cœur restent négatives.

La temporale et la radiale sont cependant athéromateuses.

La malade peu incommodée par sa raucité, renonce à se soumettre à un traitement actif ; je lui prescris simplement de l'iodure de sodium.

Je n'ai pas eu l'occasion de la revoir.

Cette observation me paraît devoir être rapprochée des cas d'ankylose par rhumatisme chronique qui ont été publiés, et qui semblent répondre à un véritable état de rhumatisme noueux du larynx.

OBSERVATION V

Arthrite laryngée rhumatismale

XIII^e Congrès international de Médecine de 1900. Paris.

(Escat.)

Le 3 avril 1897, je suis appelé auprès de Mme D..., âgée de 27 ans, atteinte depuis huit jours d'angine catarrhale qui vient d'être suivie de manifestations polyarticulaires subaiguës assez légères.

La température matinale, au moment où j'observe la malade, est de 37°9.

Elle m'a fait appeler, car elle vient de se réveiller avec une aphonie très prononcée.

La palpation du larynx est douloureuse.

Je pratique l'examen laryngoscopique et j'observe l'état suivant : la muqueuse laryngée est hypertrophiée, mais les cordes vocales ont conservé leur couleur à peu près normale ; elles s'écartent largement dans l'inspiration profonde, elles se rapprochent normalement dans l'effort de phonation ; leur bord est rectiligne dans cette position, sans concavité ni sans ondulation.

L'émission de la voyelle E est impossible ; pendant l'effort que fait la malade pour la prononcer, effort pénible accompagné de douleur laryngée, l'épiglotte reste abaissée

et ne se relève point comme elle doit le faire normalement pour découvrir la commissure pendant l'émission d'un son de tête.

Devant ces signes, je pense évidemment à une paralysie du laryngé externe; je suis toutefois frappé de sentir très nettement sous le pouce, à la palpation de l'espace inter-crico-thyroïdien, pendant l'effort de phonation, les contractions très nettes du muscle crico-thyroïdien.

La malade prenant déjà du salicylate de soude, je l'engageai à continuer ce traitement, et je me contentai de prescrire un petit vésicatoire sur la région pré-laryngée, avec l'intention d'exercer une action révulsive sur le laryngé externe.

Trois jours après, la voix était redevenue normale, et tous les signes fonctionnels et laryngoscopiques que nous avons signalés avaient disparu.

Aujourd'hui seulement, je me demande si, en raison de la persistance des contractions du muscle crico-thyroïdien, il n'y a pas lieu de supposer qu'il s'est plutôt agi d'une arthrite crico-thyroïdienne que d'une paralysie rhumatismale du nerf laryngé externe.

OBSERVATION VI

Arthrite laryngée rhumatismale.

XIII^e Congrès de Médecine, Paris, 1900. (Escat.)

Mme M..., 42 ans, vient me consulter le 17 novembre 1898 pour une aphonie presque subite qu'elle attribue à un coup de froid. Depuis quatre jours elle ne peut parler qu'à voix chuchotée.

Les signes fonctionnels et laryngoscopiques sont absolument identiques à ceux relevés dans l'observation précédente, toutefois l'effort vocal est plus douloureux, la douleur à la pression de l'articulation crico-thyroïdienne droite est plus vive et assez superficielle.

Le rapprochement artificiel entre le pouce et l'index, à travers les téguments du cartilage thyroïde et du cartilage cricoïde, réveille très nettement la même douleur.

Enfin les contractions des muscles crico-thyroïdiens se font normalement.

Cette dame est sujette à des manifestations mono-articulaires subaiguës ; un mois auparavant, elle avait eu un rhumatisme du genou gauche.

Je pense à une arthrite crico-thyroïdienne. J'applique un vésicatoire sur la région pré-laryngée, et dès le lendemain la voix recouvre toute son intégrité, comme par enchantement.

OBSERVATION VII

Herpès aigu du larynx et du pharynx.

(In thèse Lagahuzère, Bordeaux, 1895).

Moïse T..., 58 ans, vernisseur et réparateur de meubles, s'est aperçu jeudi dernier, 26 juillet 1894, que les mouvements de déglutition déterminaient chez lui une douleur assez violente. Il alla consulter un pharmacien qui lui fit des badigeonnages de teinture d'iode dans le fond de la gorge et lui prescrivit un vomitif.

En même temps que la dysphagie, le malade avait, dès le début, une fièvre très forte et une céphalalgie intense.

Une bronchite à 17 ans, une attaque de *rhumatisme* en 1870, une fièvre typhoïde quelque temps après, tel est le passé pathologique de Moïse T..., qui est un fumeur invétéré doublé d'un buveur incorrigible.

Ce malade se présente à la consultation des maladies de la gorge et du larynx le 30 juillet 1894.

Voici les lésions que nous avons constatées et dont M. le docteur Moure, chargé du cours de laryngologie, a bien voulu contrôler l'exactitude.

Le voile du palais est rouge et enflammé. On aperçoit de petites vésicules discrètes sur le côté droit de la luette.

La paroi postérieure du pharynx buccal, et notamment la partie latérale gauche, est garnie d'un amas de vésicules confluentes d'aspect grisâtre, que l'on retrouve en plus grand nombre encore sur la ligne médiane de la paroi postérieure du pharynx inférieur jusqu'à l'œsophage.

Sur la moitié droite de ce pharynx inférieur, les vésicules sont plus agglomérées que partout ailleurs, et arrivent jusqu'au repli glosso épiglottique de ce côté.

Le laryngoscope permet de reconnaître une épiglote rouge, tuméfiée, desquamée à sa surface, garnie de petites vésicules discrètes, à aspect blanchâtre, entourées d'une zone plus rouge, qui marquent comme le sommet d'une petite cupule formée par le rebord de la muqueuse boursouflée. Cette disposition serait facilement confondue avec une ulcération, si on n'y prenait garde.

Les vésicules, ou plutôt les petites érosions blanchâtres qui en tiennent la place, occupent surtout le bord libre de l'épiglotte et le repli ary-épiglottique droit qui est également tuméfié.

Rien aux cordes vocales.

M. Moure ordonne un purgatif et un gargarisme au borax et au bromure de potassium.

Le lendemain, 31 juillet, on ne trouve presque plus de vésicules confluentes. Elles sont presque toutes discrètes. La muqueuse est moins tuméfiée mais toujours rouge. Le malade avale beaucoup plus facilement. Son état général est meilleur. Il n'a plus de fièvre ni de céphalalgie.

Ce malade a été revu le 5 août ; il ne gardait plus trace de son affection.

OBSERVATION VIII

Vertige laryngé.

(Congrès internat. de laryng. Paris, 1889. Cartaz).

Négociant, 55 ans ; fort, robuste. Depuis longtemps, accès de *goutte avec coliques hépatiques*. Depuis cinq ans, ces accidents se sont amendés.

Il y a dix ans, premiers symptômes de *pharyngite chronique* ; sécheresse de la gorge, toux quinteuse. Tumeur ; supprime presque entièrement le tabac. — Dans ces dernières années la toux quinteuse a reparu avec plus d'intensité.

En 1887, étant dans sa chambre, debout, toux assez violente et tout d'un coup, perte de connaissance avec chute. Pas de morsure de la langue, pas d'apparence d'attaque épileptique, pas de syphilis ; aucun signe de tabes.

Trois ou quatre mois après, seconde attaque de vertige, après une quinte de toux, mais la perte de connaissance ne fut pas complète ; il n'y eut qu'un instant d'obnubilation.

A ce moment, à l'examen local : pharyngite chronique ; rien aux fosses nasales ; légère rougeur des cordes vocales. A la base de la langue, hypertrophie très marquée du tissu adénoïde ; une masse charnue du volume d'une petite noisette vient frotter contre l'épiglotte. C'est presque toujours à ce niveau que le malade ressent le chatouillement qui provoque les quintes de toux.

Cautérisation de la base de la langue avec une solution de chlorure de zinc au 1/20, fort légères, répétées un certain nombre de fois.

Soulagement des plus marqués.

L'hiver suivant, sous l'influence de l'humidité, la toux reparait. Quelques badigeonnages.

Le malade n'a plus eu de vertiges ni de pertes de connaissance.

OBSERVATION IX

Un cas de zôna double bucco pharyngien

(Lermoyez et Barozzi)

(*Gazette des Hôpitaux*, 12 février 1897).

Homme âgé de 78 ans, qui sans phénomènes généraux fut atteint, après 48 heures, d'endolorissement buccal, prodromique d'une éruption occupant la voûte palatine, le voile du palais, les gencives supérieures et les sillons gingivo labiaux voisins.

Cette éruption formée de groupes vésiculeux supportée par des placards érythémateux, formait autour du plafond buccal une ceinture d'une symétrie remarquable. Sur aucun point du corps il n'y avait d'herpès. Les jours sui-

vants quelques vésicules nouvelles apparurent. Douze jours après le début des accidents eut lieu une nouvelle poussée, cette fois franchement unilatérale, occupant la moitié gauche de la voûte palatine, et nettement arrêtée à la ligne médiane. La durée totale de l'éruption buccale fut environ de quatre semaines.

S'appuyant sur la symétrie parfaite de cette éruption, sur la régularité de sa distribution bilatérale, qui suivait le trajet des rameaux nerveux en particulier des nerfs palatins antérieurs, sur son évolution par poussées successives et sur l'absence de phénomènes généraux, MM. Lermoyez et Barozzi portèrent le diagnostic de zona bucco pharyngien double symétrique, dépendant de la deuxième branche du trijumeau. D'ailleurs, la dernière poussée éruptive qui s'était faite d'un seul côté de la bouche, se limitant exactement sur la ligne médiane, venait à l'appui de cette hypothèse : les deux zonas avaient été symétriques, mais non synchrones, le zona gauche retardait sur celui du côté droit.

OBSERVATION X

Urticaire des voies respiratoires chez une arthritique (Résumée)

(G. de Mussy. Considérations sur les Endermoses)

Mme de C..., 23 ans, *de race arthritique* ; depuis l'âge de 7 ans, a eu souvent des *migraines* avec nausées et vomiturations. Elle présente une particularité : sa peau est complètement sèche, elle ne transpire jamais.

Réglée à 13 ans. Les migraines diminuèrent, mais des

attaques de *fièvre de foin* commencèrent et durèrent pendant trois mois.

En 1879, elle eut des accès d'asthme avec fièvre qui revenaient chaque nuit et persistèrent pendant trois semaines, puis s'apaisèrent.

Le sulfate de quinine n'eut aucun action.

En 1881, nouvel accès d'asthme.

En 1882, le 20 mai, au retour d'une promenade, elle fut prise d'éternuements avec larmolement, prurit et flux nasal. Au bout de quelques jours, survint une toux quinteuse, précédée de chatouillements ou de picotements insupportables au pharynx et au voile du palais.

Puis bientôt ces quintes, plus violentes pendant la nuit, furent accompagnées d'accès d'asthme.

Une médication ordonnée calma le spasme; mais en même temps que cette amélioration se produisait, la main et le bras gauche se couvraient d'urticaire pendant plusieurs heures.

Les accidents se calmèrent, mais quoique atténués persistèrent jusqu'en juillet.

En 1884, nouvelle fièvre de foin. Sous l'influence du jaborandi tous les accidents disparurent.

OBSERVATION XI

(*Urticaire cutané, Zona, Urticaire de la gorge*)

(G. de Mussy, Considérations sur les endermoses. *Résumée*)

M. B..., 28 ans, de race franchement *arthritique*, sujet à des éruptions d'urticaire depuis l'âge de huit ans; il en a

fréquemment depuis ; mais ce n'est que dans le cours d'une crise, qu'il eut le 15 juin 1877, que nous observons des phénomènes du côté de l'appareil respiratoire.

Pendant la durée de cette éruption ; le malade sentit dans la gorge une titillation incommode, qui revenait surtout la nuit et provoquait une toux quinteuse, très fatigante. Cette toux persista pendant quatre mois. Les médecins qui furent consultés l'attribuèrent à une pharyngite glanduleuse dont ils constatèrent l'existence ; elle disparut spontanément après avoir résisté à plusieurs médications.

Au printemps de 1878, éruption de zona sur le côté gauche du thorax et sur le bras correspondant.

En mars, blennorrhagie et quelque temps après quelques plaques d'urticaire cutanée, plus ou moins persistantes suivant les régions.

En même temps le malade ressentit cette titillation et cette sécheresse de la gorge qui avaient déjà, dans la crise précédente, provoqué une toux opiniâtre. Appétit languissant, pouls accéléré.

Le lendemain, l'urticaire avait disparu et le symptômes du côté de la gorge avaient diminué très notablement.

CONCLUSIONS

1° La diathèse arthritique a une influence incontestable sur les premières voies respiratoires.

En effet, si nous cherchons les différents troubles auxquels peuvent être assujettis les premières voies, nous observons : des troubles nerveux avec l'asthme des foin, le spasme de la glotte, le vertige laryngé, la névralgie laryngée ; des troubles vaso-moteurs dans les fosses nasales, le pharynx et le larynx qui tous trois sont le siège de congestions et d'hémorrhagies, lesquelles se font avec des caractères qui mettent hors de doute leur origine diathésique ; et enfin nous observons des troubles trophiques avec les rhinites hypertrophique et atrophique et les pharyngites chroniques.

2° Quand on est appelé auprès d'un malade dont les premières voies respiratoires sont atteintes, il est absolument nécessaire de savoir dépister la diathèse, car dans bien des cas le traitement local sera absolument sans effet si l'on n'a eu soin d'y adjoindre le traitement général.

3° L'hérédité arthritique est suffisamment chargée pour que dès l'enfance par un traitement approprié, on essaie d'enrayer dans la mesure

du possible les diverses maladies inhérentes à la diathèse. Certaine observation (Obs. I), jointe à ce travail, prouve que même plus tard, avec une hygiène bien comprise, on peut arriver à éloigner complètement les conséquences pathologiques de la diathèse arthritique.

Vu: Le Président de la Thèse,

HAYEM

Vu : le Doyen.

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GREARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABATE. — Laryngite gouteuse (Ann. des mal. de l'oreille, 1895).
- ANTOINE. — Thèse (Bordeaux, 1893).
- AUCLAIR. — Bulletin médical, fév. 1894.
- BARTHEZ. — Traité des maladies gouteuses. Paris, 1855.
- BAUDRILLER. — Thèse. Paris, 1895.
- BAUROWICZ. — Ueber arthritis crico aryten. Reumatic. (Arch. f. laryng. I. U., 1899).
- BERTHOLLE. — Herpès guttural (Union méd., 1866).
- BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de médecine.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine.
- CASSELBERRY. — Arthrite déformante du larynx (Bull. médical, n° 191, déc. 1893).
- CASTEX. — Bulletin de laryngol. (déc. 1898).
- CHAZALON. — Thèse. Lyon, 1896.
- CHEMIN. — Thèse. Toulouse, 1896.
- CHOMEL. — Angine granuleuse (Gazette méd., 1846).
- COMPAIRED. — Revista de laryng., 1893.
- DANET. — Thèse. Paris, 1894.
- DELBREL. — Thèse. Bordeaux, 1896.
- DIEULAFOY. — Traité de pathol. int.
- DUCLOS. — Journal des praticiens, 1895.
- DYCE-DUCKWORTH. — Traité de la goutte.
- ESCAT. — Maladies du pharynx, 1901
XIII^{me} Congrès internat. de méd. Paris, 1900
(section de laryngologie), chez Masson.
- FERNET. — Herpès du larynx (Bull. de la Soc. clin. Paris
Ghimot.

- 1878). — Herpès du larynx (comptes rendus de la Soc. clinique. France médicale, 1879).
- FREUDENTHAL. — On rheumatic and allied of the pharynx, larynx and nose (Journal of laryng. otol. and rhinol. fév. 1893, 20).
- P. GALLOIS. — Bull. méd., 1899.
- GAREL. — Asthme des foins (Actualités méd., 1899).
- GAREL et COLLET. — Ann. des mal. de l'oreille, 1894.
- GRABOWER. — Ankylose de l'articulation crico-aryt. droite (Soc. laryng. de Berlin, 17 mars 1899).
- GRISOLLE. — Traité de pathologie interne.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — Traité de Dermatologie, 1900.
- HUCHARD. — Congrès de Rouen (Union méd., 1883).
- ISAMBERT. — De l'herpétisme et de l'arthritisme de la gorge et des premières voies - Masson, 1877.
- JACCOUD. — Traité de Pathol. int.
- LAGAHUZÈRE. — Thèse. Bordeaux, 1895.
- LANCEREAUX. — Traité de l'herpétisme. — Bull. de l'Acad., 1900, n° 35.
- LASÈGUE. — Traité des angines.
- LÉCORCHÉ. — Traité de la goutte.
- LEFLAIVE. — Thèse. Paris, 1887.
- LUC. — Annales des malad. de l'oreille, 1892.
- MARAGE. — Archives de laryngologie, 1900.
- M. MIGNON. — Archives de laryngologie, 1899.
- MOLINIÉ. — Asthme des foins (thèse, Paris, 1894).
- MONTCORGÉ. — Annales des malad. de l'oreille, 1900.
- MOBELL MACKENZIE. — Traité des maladies du larynx, 1882.
- MOURE. — Soc. fr. d'otol. et laryng. Session de 1893.
- G. DE MUSSY. — Traité de l'angine glandul., 1857. — Clin. méd.
- PAGUE. — Thèse. Toulouse, 1897.
- PETER. — Dict. encycl. art. « Angine ».
- PETERSON. — Dissert. de angina arthritica. Upsal, 1793.
- RAMON DE LA SOTA. — Revista de laring, 1886.
- RAYMOND. — Gaz. méd. de Paris, 17 juill, 1886.

- RENDU. — Dict. encycl. art. « Goutte ».
- ROOS. — Berliner Klin. Woch, 1894.
- RUEDA. — Diagnostic douteux d'un cas d'affection laryngée (oto-rino-laring. española, n^{os} 1, 2, et 4, 1898).
- RUault. — Journal de méd. de Paris, 1892.
- SEMON. — Soc. lar. Londres, 3 mars 1899.
- SENDZIAK. — Sur les affections rhumatism. de la gorge, du larynx et du nez (Rev. hebdom. de laryng. 2 déc., 1899) Entzündung der crico arytenoidalen Gelenke reumatischen Ursprungs (Arch. f. laryng. Band IV, heft 2, p. 264 et kronika lekar aska, 1896).
- SIMANOWSKI — Vratsch, n^{os} 18-20, 1890.
- SOJO. — 2^e Congrès espagnol d'oto-rhino-laryng. 21 sept. 1899.
- SOLIS COHEN. — Medical News, 1893.
- SORRE. — Thèse. Paris, 1864.
- SPENCER. — Case of fixation of left vocal cord with fibrillar movements (Soc. lar. de Londres, 3 mars 1899).
- SYMONDS — Soc. laryng. de Londres, 12 déc. 1894.
- TAUTIL. — Thèse. Paris, 1894.
- P. TISSIER. — Annales des mal. de l'oreille, 1891.
- WOLKENSTEIN — Un cas d'arthrite rhumatismale de l'articulation crico-aryténoïdienne (Ejenedlick, n^o 49, 1899).

